

Cas cliniques ... cas cliniques

Allaiter un enfant adopté

L'allaitement est la norme pour le petit de notre espèce. Il permet un développement optimal sur le plan physiologique et sur le plan émotionnel. Il est recommandé par l'OMS, et par de nombreuses organisations et associations de professionnels de santé partout dans le monde. L'allaitement est bien plus que le simple fait d'alimenter un enfant. Le fait de téter a un impact calmant sur la mère et l'enfant, et il est même analgésique chez ce dernier. La succion déclenche également la sécrétion d'un certain nombre d'hormones chez l'enfant. L'allaitement implique un contact peau à peau, qui a un impact physiologique et émotionnel sur la mère et l'enfant (par exemple, il abaisse la sécrétion d'hormones de stress chez la mère et l'enfant). Les mères qui allaitent sont plus sensibles aux besoins de leur enfant, et y répondent plus facilement. Plus la mère et son enfant passent du temps en contact l'un avec l'autre, et meilleure est leur relation d'attachement.

Les recommandations sur l'allaitement de l'Académie Américaine de Pédiatrie encouragent également l'allaitement des enfants adoptés. Toutefois, il existe très peu de données dans la littérature médicale sur la façon d'aider les mères qui souhaitent allaiter leur enfant adopté. La majeure partie des parents et des professionnels de santé ignorent même cette possibilité. Toutefois, de plus en plus de mères savent que la chose est envisageable, et souhaitent le faire. On peut trouver sur Internet des protocoles pour induire une lactation (protocoles Newman-Godfarb, par exemple), ainsi que des forums d'entraide dédiés aux mères allaitant un enfant adopté. Or, la capacité d'une mère à produire du lait pour un enfant adopté reste très controversée, et les avantages de l'allaitement d'un enfant adopté peuvent ne pas sembler évidents. Aucune étude randomisée n'a été publiée sur l'allaitement d'un bébé adopté, et l'essentiel des données provient d'expériences personnelles.

Induire une lactation

Pour savoir comment induire une lactation, il faut connaître la physiologie de l'allaitement. Pendant la grossesse, les hormones sécrétées par la mère vont induire des modifications au niveau de la glande mammaire, destinées à préparer la lactation. Les œstrogènes stimulent la croissance des canaux, et potentialisent la production de prolactine. La progestérone favorise le développement du tissu glandulaire, et inhibe l'action de la prolactine. La chute du taux de progestérone après l'accouchement permettra à la prolactine de déclencher la production de lait. La prolactine a donc un impact important sur la mise en route de la lactation ; les protocoles pour l'induction d'une lactation sont centrés sur l'augmentation de son taux. Elle est nécessaire au développement du tissu glandulaire ; en conjonction avec l'œstrogène et la progestérone, elle attire dans le tissu mammaire les immunoblastes qui sécréteront les IgA excrétées dans le lait. Une fois la production lactée lancée, la stimulation des mamelons est le facteur le plus important dans la poursuite de la lactation. Elle induit une sécrétion de prolactine et participe à la sécrétion d'oxytocine, hormones qui stimulent la synthèse du lait et son éjection. Si la prolactine est indispensable à la lactation, son taux n'est pas directement corrélé au volume de la

production lactée. C'est la façon dont le sein est « vidé » qui déterminera ce volume. Quand le lait ne sort pas des seins, la lactation s'arrête au bout de quelques jours.

Les galactogènes sont des produits utilisés pour induire, augmenter ou maintenir la production lactée. Les produits les plus souvent décrits dans les protocoles d'induction de la lactation sont le métoclopramide, le dompéridone, le sulpiride, la chlorpromazine, la TRH, le fenugrec, le chardon béni. Si une femme sait longtemps à l'avance vers quelle date l'enfant qu'elle adopte arrivera chez elle, elle peut commencer à se préparer des semaines ou des mois à l'avance. Dans le cas contraire, elle peut mettre l'enfant au sein à l'aide de dispositifs spéciaux. La pierre angulaire de tous les protocoles d'induction d'une lactation est la stimulation des seins. Certains protocoles donnent pour seule recommandation cette stimulation, toutes les 2 à 3 heures, effectuée manuellement ou à l'aide d'un tire-lait, suivant les préférences de la femme.

On peut également « imiter » la grossesse à l'aide de certains médicaments. Certaines pilules contraceptives, habituelle-

Protocoles Newman-Godfarb pour l'induction de la lactation

Newman-Godfarb protocols for induced lactation decision tool. L Goldfarb, J Newman. J Hum Lact 2008 ; 24(1) : 102.

En 1999, les auteurs ont commencé à développer un protocole de traitement hormonal destiné à induire une lactation. Il a été rendu public en 2002. Ce protocole est destiné aux mères qui souhaitent allaiter l'enfant qu'elles vont adopter. Il implique la prise séquentielle de divers médicaments (œstrogènes, progestérone, dompéridone) pendant un temps variable (30 jours à plusieurs mois), puis le démarrage d'un programme d'expression du lait, si possible avec un bon tire-lait électrique automatique. L'objectif de ce protocole est d'imiter l'impact hormonal de la grossesse et de l'accouchement, et d'abaisser la quantité de lait industriel dont l'enfant pourra avoir besoin.

Ce protocole existe en 3 variantes : normal, accéléré, spécial pour femmes ménopausées. Actuellement, plus de 2000 femmes l'ont utilisé. Depuis la publication de ce protocole, les auteurs ont reçu tous les ans des milliers de lettres, appels téléphoniques et courriels leur demandant des explications complémentaires sur le choix du protocole. Ils ont mis au point un outil visuel permettant de faciliter ce choix, en fonction de la date prévue pour l'arrivée du bébé, et de la motivation de la mère à tirer son lait fréquemment. Le protocole permet également une certaine flexibilité, afin que la mère puisse s'ajuster si l'arrivée de l'enfant est plus rapide que prévue au départ. Par exemple, si la mère a décidé de suivre le premier protocole (normal) et que l'enfant arrive dans la famille plus rapidement que prévu, elle peut immédiatement modifier ses pratiques. L'évaluation préliminaire de cet outil décisionnel s'avère positive.

ment fortement dosées en progestérone, peuvent être utilisées pour induire des modifications structurales dans la glande mammaire. Au bout d'un certain temps d'utilisation, leur prise sera stoppée (pour imiter l'accouchement), et la femme commencera à prendre un produit qui augmente le taux de prolactine, tout en stimulant ses seins. Certaines femmes arrivent ensuite à maintenir une lactation sans avoir besoin de poursuivre le traitement galactogène, ou en prenant des doses faibles, tandis que d'autres femmes devront poursuivre ce traitement pendant toute la durée de l'allaitement. De nombreuses femmes auront besoin de donner des suppléments de lait industriel. Il est préférable qu'ils soient donnés pendant que l'enfant est au sein, à l'aide d'un DAL (dispositif d'aide à la lactation) ou d'un autre appareil ayant le même usage. L'essentiel de ces recommandations n'est fondé que sur des expériences personnelles. Il existe toutefois quelques études randomisées sur les produits galactogènes, habituellement de courte durée.

Un maternage favorisant la réussite

La capacité d'une mère adoptive à produire du lait est habituellement sous-estimée dans les pays occidentaux. On y suppose *a priori* qu'une mère adoptive ne pourra jamais produire assez de lait pour allaiter exclusivement. Toutefois, dans les pays en voie de développement, la plupart des mères adoptives y arrivent. Cela semble en rapport avec les différences de conception de l'allaitement. Les femmes des pays en voie de développement ont habituellement vu allaiter autour d'elles, et l'allaitement est quelque chose qui va de soi. Dans les cultures traditionnelles, l'enfant a un accès illimité au sein, et il passe l'essentiel de son temps contre le corps de sa mère, jour et nuit. Il est fort probable que toutes ces conditions facilitent la réussite de l'allaitement d'un enfant adopté.

Lijun est une petite Chinoise qui a été adoptée à l'âge de 3 ans. Elle avait été abandonnée alors qu'elle était bébé, et avait vécu dans un orphelinat jusqu'à son adoption. Malgré leur dévouement, les soignants de cet orphelinat ne pouvaient pas assurer à tous les enfants l'attention nécessaire, et Lijun présentait au moment de son adoption le retard de développement que présentent habituellement les enfants placés en institution. La transition au moment de l'adoption a été brutale et très stressante pour la petite fille. Mais dès le lendemain de son arrivée dans sa nouvelle famille, elle a commencé à interagir avec ses parents adoptifs, en montrant une nette préférence pour son père. Les nuits étaient très difficiles ; la petite fille se réveillait 6 à 12 fois par nuit en pleurant ; elle rejetait sa mère, mais acceptait que son père la reconforte. La mère a progressivement institué un contact avec sa fille, en la prenant dans une écharpe, en dormant avec elle, en la prenant dans son bain, et progressivement la fillette s'est ouverte à sa mère. Les nuits restaient cependant très difficiles. Des semaines ont passé, pendant lesquelles la mère a relancé une lactation. Au départ, elle a commencé à donner son lait à Lijun à la tasse, puis elle lui a proposé le sein régulièrement. Au bout de 2 semaines, la petite fille léchait le sein, ou tétait très brièvement. Et un jour, 2 mois après son adoption, alors que sa mère la portait, la petite fille a manifesté le désir de téter, a pris le sein, et s'est endormie. Pendant les 2 mois suivants, elle n'a accepté de téter que lorsqu'elle était à moitié endormie. Et environ 5 mois après son adoption, elle a du jour au lendemain demandé à téter pour son réconfort, de nombreuses fois par jour, en particulier à l'occasion de ses fréquents réveils nocturnes (qui ont perduré pendant 2 ans). A l'âge de 6 ans, Lijun tète toujours la nuit, mais rarement dans la journée.

Jacqueline est une petite Chinoise qui a été abandonnée à l'âge de 18 mois, en raison de la découverte chez elle d'une anomalie cardiaque congénitale. Elle a passé 2 ans 1/2 dans un orphelinat, avant de subir une chirurgie cardiaque pour laquelle elle a été hospitalisée pendant 6 semaines. Elle a ensuite été placée dans une famille d'accueil pendant 8 semaines, puis a passé encore 9 mois dans un orphelinat avant d'être adoptée à l'âge de 5 ans. A première vue, elle semblait être une petite fille ouverte et heureuse, pleine d'énergie et désireuse de plaire. Elle se montrait affectueuse avec tout le monde, présentait un retard de développement, et avait du mal à manifester ses émotions. Sa mère adoptive a entrepris un programme de contact physique étroit, avec massages, sommeil partagé, bain partagé. La petite fille avait périodiquement des « crises de rage » pendant lesquelles les traumatismes passés ressurgissaient. C'est pendant une de ces crises que la petite fille a manifesté le besoin de téter : elle a tété les doigts de sa mère, son nez, son visage, avant de trouver le sein, et de s'endormir en le tétant. La mère a été très surprise par ce comportement, mais elle l'a perçu comme un besoin majeur qu'il était nécessaire de respecter. Jacqueline devait avoir été allaitée avant son abandon, car elle a immédiatement tété comme un enfant qui en a l'habitude. Par la suite, elle a sporadiquement demandé le sein, à une fréquence allant de 1 fois tous les 15 jours à plusieurs fois par jour, et la mère a décidé de lancer une production lactée à l'aide d'un tire-lait. Jacqueline a fait des progrès majeurs sur le plan du développement cognitif, physique et émotionnel. Elle a cessé de téter environ 2 ans 1/2 après son adoption.

Une mère adoptive pourra donc optimiser ses chances de réussite en appliquant le mode de maternage des cultures traditionnelles : avoir des contacts avec d'autres mères allaitantes (éventuellement d'autres mères adoptives qui souhaitent allaiter), avoir beaucoup de contacts physiques avec son enfant adopté, lui proposer le sein régulièrement... Si l'enfant reçoit une alimentation diversifiée, il pourra ne pas avoir besoin de compléments de lait industriel. Quoi qu'il en soit, plus l'enfant est petit, et plus il est nécessaire de suivre régulièrement sa croissance.

Allaiter un bambin adopté

De plus en plus de personnes savent qu'il est possible d'allaiter un bébé adopté, et de plus en plus de mères le font. Toutefois, les enfants adoptés ne sont habituellement plus des nourrissons. Si dans certains pays il est possible d'adopter un nouveau-né, dans d'autres pays aucun enfant adoptable n'est un nourrisson. Quel est l'âge limite en deçà duquel une femme qui adopte un enfant peut espérer l'allaiter ? Certains disent 6 mois, d'autres 1 an. En tant que conseillère en allaitement et mère d'un enfant adopté, Karleen Gribble s'est tout particulièrement intéressée au sujet.

Lorsqu'elle se préparait à accueillir l'enfant qu'elle souhaitait adopter, elle s'est renseignée sur l'allaitement d'un bambin adopté. La seule description d'un tel allaitement était un témoignage de mère qui avait allaité un enfant âgé de 1 an au moment de son adoption. K Gribble a contacté cette mère pour l'interroger sur son expérience, et toutes les deux ont commencé à rechercher d'autres mères ayant vécu la même situation.

Il est très difficile de savoir si un enfant adopté acceptera de téter. Il semble toutefois que bon nombre d'enfants, y compris des bambins, seront heureux de téter. Certains enfants semblent se souvenir d'avoir été allaités. La façon dont les choses se pas-

John est né d'une mère cocaïnomane et alcoolique, et il a présenté un syndrome de sevrage à la naissance. Après avoir passé 6 jours à l'hôpital, il a été placé dans une famille d'accueil, avec pour objectif une éventuelle prise en charge par son père biologique dans l'avenir. Pendant les premières semaines, il a passé l'essentiel de son temps à dormir et à pleurer. Même les repas étaient très difficiles. Sa « mère d'accueil » passait beaucoup de temps à le porter et à essayer de le calmer. A plusieurs reprises, alors qu'elle s'était endormie avec le bébé dans ses bras contre sa poitrine nue, elle s'est réveillée pour le trouver en train de téter calmement au sein, mais à cette époque elle n'avait pas souhaité encourager l'allaitement, si le bébé devait vivre avec son père. Quand John a eu 6 mois, le projet de prise en charge par le père biologique a été abandonné, et la famille d'accueil a choisi de l'adopter. La mère adoptive a alors décidé de l'allaiter. Elle lui a offert le sein avec un DAL, et John a tété immédiatement. A partir de ce moment, le bébé est devenu beaucoup plus calme, son sommeil s'est amélioré, il est devenu beaucoup plus intéressé par son environnement, et il a commencé à interagir beaucoup plus ouvertement avec sa mère adoptive, et à apprécier visiblement les contacts physiques. 2 semaines après le début des mises au sein régulières, il a commencé à accepter des aliments solides, et à s'asseoir. Les modifications de comportement du bébé ont été tellement rapides et soudaines que la mère est convaincue qu'elles sont en rapport avec l'allaitement.

seront dépendra du vécu de l'enfant et de sa personnalité. Si le bébé a moins de 9 à 10 mois et qu'il a bénéficié de très bons soins avant son adoption, on peut habituellement espérer qu'il acceptera d'être allaité, et que quelques semaines seulement seront nécessaires pour y arriver. Mais s'il est plus âgé, ou s'il n'a pas bénéficié d'une bonne sécurité affective et émotionnelle (placements multiples, hospitalisations, maltraitance...), la réussite est aléatoire. Il sera d'abord nécessaire que l'enfant arrive à construire une relation de confiance avec sa nouvelle mère avant de pouvoir accepter la proximité physique et émotionnelle inhérente à l'allaitement. Cela pourra prendre des mois, et pour certains enfants cela ne sera jamais possible.

Il est donc prudent, pour une mère qui envisage d'allaiter l'enfant qu'elle va adopter, de partir du principe que cela ne se fera pas du jour au lendemain. Il est habituellement possible d'essayer et de voir ce qui se passe. Si l'enfant refuse, cela ne veut pas dire que c'est définitif, et que la mère adoptive doit renoncer. Il existe divers moyens d'encourager l'enfant à prendre le sein. Il est indispensable d'être patiente et persévérante, et de surtout ne jamais tenter de forcer l'enfant. Une stratégie est de faire en sorte que la prise d'un biberon ressemble de plus en plus à une tétée au sein : mettre l'enfant dans une position proche de la position d'allaitement, utiliser une tétine à débit lent, changer le bébé de côté pendant la prise du biberon, le lui donner contre la poitrine nue de la mère. Certaines mères ont utilisé avec succès un DAL, en conjonction avec des bouts de sein. D'autres ont rempli de lait une tétine de biberon placée ensuite sur le sein. Lorsque l'enfant s'est habitué à être contre le sein et/ou à téter avec un bout de sein ou une tétine, il sera possible d'essayer de le mettre directement au sein s'il est calme et détendu. Beaucoup de mères ont dit que leur enfant a pris le sein pour la première fois après avoir vidé son biberon, ou lorsqu'il dormait à moitié. Au début, l'enfant pourra juste prendre le sein en bouche pendant quelques secondes. Puis avoir juste quelques mouvements de succion, avant de se mettre progressivement à téter réellement. Il est important de garder à l'esprit le fait que « si ça ne marche pas cette semaine, cela pourra réussir la semaine suivante ».

L'enfant adopté examine avec attention son entourage afin de s'y habituer. S'il peut voir des scènes d'allaitement autour de lui, cela pourra l'aider à apprendre que l'allaitement est quelque chose de normal entre une mère et son enfant.

Attachement et allaitement

Les enfants adoptés ont tous subi l'expérience de la perte de leur mère. Ils pourront avoir séjourné dans une institution ou un service hospitalier pendant plus ou moins longtemps, avoir vécu dans plusieurs familles d'accueil, avoir été négligés ou maltraités. Tout cela pourra affecter de façon importante, voire définitive, leur capacité à s'attacher, et leur confiance dans les personnes qui s'occupent d'eux, ainsi que leur confiance en eux-mêmes. L'enfant développera diverses stratégies pour se protéger, qui iront des manifestations affectueuses dirigées vers toutes les personnes qu'il rencontre, au refus total d'un lien affectueux, avec refus des contacts physiques ou visuels, en passant par divers rituels auto-calmands.

Il est important d'être conscient que la période d'adaptation d'un enfant dans sa famille adoptive va être difficile à vivre pour l'enfant, qui doit s'habituer à un nouvel environnement et à de nouvelles personnes avec lesquelles il doit apprendre à vivre. Plus l'enfant aura vécu de stress avant son adoption, et plus cette période sera difficile. L'enfant adopté pourra avoir beaucoup de mal au début à se sentir suffisamment en sécurité pour accepter la proximité physique de l'allaitement. Faire que l'enfant se sente en sécurité est donc une priorité. La mère adoptive est au départ une étrangère pour l'enfant, et c'est l'appropriation de cette étrangère comme mère qui amènera l'enfant adopté à accepter l'allaitement. Pour l'aider, la mère

Catherine est née à terme porteuse d'une pathologie congénitale qui avait été dépistée en période pré-natale. Suite à ce dépistage, les parents avaient refusé de s'y attacher pendant le reste de la grossesse. En dépit d'une réparation chirurgicale pleinement réussie à la naissance, les parents ne s'y sont pas attachés. Catherine a passé les 4 premiers mois de sa vie dans un hôpital, avec très peu d'interactions avec des adultes. Elle a présenté une stagnation staturo-pondérale, et a été mise sous alimentation par gastrostomie, qui ne lui a pas fait prendre davantage de poids, et a encore réduit les contacts humains dont elle pouvait bénéficier. A 4 mois, elle pesait 3,2 kg, et ses parents biologiques ont décidé de la proposer à l'adoption. Elle a été placée dans une famille d'accueil, puis adoptée à 6 mois 1/2. Au départ, si elle tolérait le contact avec son père adoptif, elle repoussait sa mère adoptive. Cette dernière avait déjà allaité des enfants adoptés, mais ses tentatives pour mettre Catherine au sein se sont soldées par un échec. La petite fille présentait une aversion orale, il était très difficile de la nourrir au biberon, elle ne suçait pas son pouce, refusait la sucette, et vomissait si on tentait de lui introduire un biberon dans la bouche. La mère a donc entrepris de la porter le plus possible dans un porte-bébé et de répondre à ses besoins. Au bout de quelques semaines, la petite fille voulait être en contact physique permanent avec sa mère. Peu à peu, elle a appris à aimer prendre un biberon. Elle a commencé à prendre du poids, et l'alimentation par gastrostomie a pu être arrêtée. La mère s'est arrangée pour que la prise des biberons se rapproche de plus en plus de la prise du sein, puis l'a mise au sein avec une tétine de biberon placée sur le mamelon, et un DAL. A 1 an, Catherine prenait directement le sein. Son développement s'est considérablement amélioré. Elle a été allaitée jusqu'à l'âge de 2 ans.

peut avoir beaucoup de contacts physiques avec l'enfant (portage, sommeil partagé, bain avec l'enfant...), être à l'écoute de ses besoins, passer beaucoup de temps avec lui, afin de développer une relation d'attachement étroite. Même des mères dont l'enfant adopté n'a jamais accepté de prendre le sein ont trouvé que les efforts faits pour tenter de l'allaiter avaient été très bénéfiques pour la création d'un lien étroit avec leur enfant. Les difficultés peuvent être surmontées, et un parentage adapté peut réparer les dommages psychologiques subis par l'enfant.

De ce point de vue, l'allaitement et tout ce qu'il implique peut s'avérer très utile. La mère adoptive ne doit toutefois pas s'attendre à ce que son enfant adopté accepte de prendre le sein rapidement. S'il est indispensable de respecter l'enfant qui refuse le contact physique et/ou visuel, la mère pourra encourager l'enfant à accepter progressivement ces contacts. Il sera également utile d'offrir à l'enfant adopté l'opportunité de voir d'autres enfants au sein, et de lui proposer régulièrement de téter s'il le souhaite. Là encore, cela se fera bien souvent progressivement ; l'enfant qui le refusait au départ finira par accepter d'être contre le sein, puis de le prendre en bouche, téter brièvement, puis de plus en plus longtemps et souvent, pour éventuellement finir par être allaité. Il est indispensable d'être respectueux de l'enfant, doux, persévérant, et conscient qu'il pourra falloir des mois et des mois avant que l'enfant accepte éventuellement de prendre le sein. Mais si l'enfant adopté finit par l'accepter, il devient souvent très attaché à l'allaitement.

Paradoxalement, il peut arriver qu'un enfant adopté recherche l'allaitement. Un tel comportement peut se voir tant chez un bébé que chez un enfant de 10 ans et plus. Selon son âge, l'enfant pourra montrer son désir en se mettant en position d'allaitement, en tirant sur les vêtements de sa mère, ou en le lui demandant verbalement. Il est possible que ces enfants se souviennent, consciemment ou inconsciemment, qu'ils ont eu l'occasion d'être allaités. Dans certains cas, la demande de l'enfant surprendra sa mère adoptive qui n'avait pas envisagé l'allaitement. En pareil cas, les demandes de l'enfant pourront être transitoires, mais dans d'autres cas l'enfant continuera à demander le sein pendant des années.

Les mères qui ont allaité un enfant adopté ont décrit comment les tétées pouvaient reconforter l'enfant et le relaxer. Les tétées facilitent la gestion du stress par l'enfant. L'intimité de l'allaitement favorise la confiance et l'acceptation mutuelles. De ce point de vue, le fait qu'une mère qui n'envisageait pas du tout d'allaiter son enfant adopté accepte de le laisser prendre le sein s'il le réclame, même rarement, pourra démontrer à l'enfant qu'il est physiquement accepté par sa mère adoptive. Lorsque l'enfant accepte de téter, les mères constatent souvent des changements bénéfiques dans son comportement. Certains professionnels de l'adoption estiment que le fait de beaucoup porter l'enfant en face à face permettra à l'enfant de mieux prendre conscience de ses besoins et de ses sentiments. L'allaitement peut être une part importante de ce processus. Cela aidera également la mère, qui doit s'adapter à un enfant qui a bien souvent un lourd passé et un comportement difficile, sans l'aide du lien biologique.

L'allaitement n'est cependant pas une panacée, et il ne résoudra pas tous les problèmes. S'il facilite la création d'un lien étroit entre la mère et son enfant adopté, cela ne veut pas dire que tous les enfants adoptés qui sont allaités développent un tel lien. Par ailleurs, certaines mères ne souhaiteront pas allaiter l'enfant qu'elles adoptent. Même une mère qui souhaitait le faire avant d'avoir l'enfant pourra changer d'avis lorsque l'enfant sera arrivé dans la famille, devant les difficultés indui-

tes par cette arrivée. Et certains enfants adoptés refuseront toujours de prendre le sein. Certains estiment que l'allaitement d'un enfant adopté se fait au détriment de la création d'un lien avec le père adoptif. Toutefois, on pourrait dire la même chose de l'allaitement d'un enfant biologique. Même si l'allaitement induit la création d'un lien étroit entre la mère et son enfant adopté, tout enfant qui peut s'attacher fortement à une personne peut s'attacher aussi à d'autres personnes. L'allaitement pourra donc favoriser également l'attachement de l'enfant à son père adoptif.

Cette mère avait allaité ses 2 enfants biologiques, et avait trouvé cette expérience très gratifiante. Lorsqu'elle et son mari ont décidé d'adopter un enfant, elle a donc envisagé de l'allaiter. Elle en a discuté avec le directeur de l'agence d'adoption à laquelle les parents se sont adressés, qui était dubitatif sur les chances de réussite. La mère s'est alors documentée sur le sujet. Elle a été désappointée d'apprendre que de nombreuses mères adoptives n'arrivaient pas à avoir une production lactée suffisante pour allaiter exclusivement, mais elle a décidé de voir le côté positif des choses : elle avait de bonnes chances d'arriver à produire du lait.

La mère a commencé à suivre le protocole d'induction de la lactation de Newman et Goldfarb. Au bout de 4 mois d'attente, les parents adoptifs ont rencontré la mère biologique de l'enfant qu'ils allaient adopter (une petite fille), qui était en fin de grossesse. Celle-ci, au départ, a été très choquée du désir d'allaiter exprimé par la mère adoptive, puis à la réflexion elle a trouvé ce choix justifié et satisfaisant. La mère biologique a invité les parents adoptifs à assister à la naissance. La mère adoptive a appris que le service n'autorisait pas les mères adoptives à allaiter dans les murs de la maternité. On lui a expliqué que la mère biologique avait un délai minimum de 48 heures de réflexion avant de signer le formulaire de renoncement à l'enfant. Tant que cela n'était pas fait, l'enfant était considéré comme celui de la mère biologique ; qu'il soit mis au sein par une autre femme risquait de poser divers problèmes. En revanche, ils acceptaient de lui prêter un tire-lait, et que le lait exprimé soit donné au bébé. La mère adoptive a donc décidé de tirer son lait pendant cette période, et d'attendre que l'enfant sorte de maternité pour commencer à le mettre au sein.

La mère adoptive se demandait s'il accepterait le sein après avoir reçu des biberons pendant plusieurs jours. Elle s'est adressée à la consultante en lactation de la maternité, qui a suggéré de nourrir le bébé au doigt. Au moment de la naissance de l'enfant, la mère adoptive arrivait à obtenir environ 425 ml de lait par jour. Ce lait était donné au doigt au bébé. A J3, la mère biologique a signé le formulaire de renoncement, et on a dit aux parents adoptifs qu'ils pouvaient emmener la petite Rosa chez eux. Dès qu'ils sont arrivés à leur domicile, la mère adoptive s'est installée dans son « coin d'allaitement » pour une première tétée. Rosa a immédiatement pris le sein. Les premières semaines ont été un peu difficiles, mais rien de plus que les aléas courants d'un allaitement qui démarre, du point de vue de la mère, et les difficultés ont rapidement été résolues.

La mère adoptive a suivi de très près la prise de poids de sa petite fille. Elle prenait toujours le traitement galactogène recommandé par le protocole Newman-Goldfarb. Après 3 mois d'allaitement exclusif, la croissance de son bébé étant parfaitement normale, elle a commencé à supprimer les galactogènes. A 6 mois, elle allaitait exclusivement sans aucun traitement. A 23 mois, Rosa était toujours allaitée.

Que peuvent faire les professionnels de santé ?

Les parents adoptifs sont souvent très motivés pour faire le maximum afin de faciliter l'adaptation de leur enfant. Les mères qui souhaitent allaiter un enfant adopté auront besoin d'être informées et soutenues. Elles doivent être bien conscientes des difficultés liées à l'adoption, et du fait que, au départ, l'enfant pourra rejeter violemment sa mère adoptive. La mère sera encouragée à être douce, patiente, à prodiguer à l'enfant ses soins et son attention en respectant les sentiments de l'enfant, sans rien attendre de lui au départ, en tablant sur le fait que, dans la plupart des cas, l'enfant finira par répondre positivement aux soins et à l'attention qui lui seront accordés. Un professionnel de santé peut également donner à la mère les coordonnées de réseaux d'entraide sur le parentage et l'allaitement.

Il est possible de tenter l'allaitement même si l'enfant n'est plus un bébé. Des mères ont réussi à allaiter des enfants qui avaient jusqu'à 4 ans au moment de leur adoption, et comme noté plus haut, des enfants ayant jusqu'à 10 ans ont demandé à téter. Par ailleurs, un enfant qui a été abandonné et traumatisé est habituellement plus « jeune » émotionnellement que ne le voudrait son âge. Et si, dans notre société, l'allaitement au-delà de quelques mois n'est pas la norme, sur le plan anthropologique une durée d'allaitement allant jusqu'à 7 ans ou plus semble normale. L'allaitement peut également être pratiqué dans une famille d'accueil, s'il est prévu que l'enfant y séjourne pendant plus de 6 mois, en demandant l'accord du service responsable du placement de l'enfant. Cet article s'est également focalisé sur les aspects relationnels de l'allaitement. Mais si l'enfant adopté reçoit du lait maternel (et la plupart des mères adoptives arrivent à produire du lait), ce lait présentera pour l'enfant les bénéfices connus de l'allaitement sur le plan nutritionnel et immunitaire, d'autant que bon nombre d'enfants adoptés souffrent de problèmes de santé.

Les professionnels de santé peuvent jouer un rôle important auprès d'une mère qui souhaite tenter d'allaiter son enfant adopté. Ils peuvent lui fournir des informations sur l'allaitement en général, et sur celui d'un enfant adopté en particulier. Mais plus important encore, ils peuvent fournir un soutien et des encouragements à une mère qui devra, bien souvent, affronter l'incompréhension, voire la réprobation de son entourage. Assister à des réunions de partage d'expérience pourra également beaucoup aider la mère. Les forums de discussion consacrés à l'allaitement pourront également être source de soutien.

En conclusion

Toutes les mères adoptives ne souhaiteront pas allaiter. Et certaines de celles qui le souhaitent se demanderont dans quelle mesure elles ne tentent pas « d'imposer » égoïstement à l'enfant ce qu'elles désirent. Elles peuvent être rassurées : elles ne risquent certainement pas de nuire à leur enfant en l'encourageant avec douceur à prendre le sein, et un bambin qui a commencé par refuser vigoureusement de téter pourra devenir avec le temps un tuteur enthousiaste. Une mère pourra également avoir peur d'essayer de crainte de mal vivre un échec, mais si elle n'essaie pas, elle pourra également mal vivre le fait de ne pas avoir essayé. Le mieux semble donc, si la mère le souhaite et qu'elle a accepté le fait que rien ne garantissait la réussite, d'essayer et de voir comment cela se passe, pour elle et pour l'enfant, et si elle souhaite ensuite persévérer ou non.

L'allaitement peut faciliter l'adaptation de l'enfant adopté à sa famille et favoriser la création d'un lien étroit entre la mère et son enfant adopté, ce qui est particulièrement important pour cet enfant vulnérable, et dans la situation difficile qu'est une adoption. Nombre de ces enfants ont été négligés ou maltraités, placés en institution, ou hospitalisés. Et tous ont perdu leur mère biologique. Tous auront particulièrement besoin de sécurité affective et émotionnelle. L'allaitement permettra un contact physique prolongé, avec contact visuel. Il sera source pour l'enfant de réconfort, de sécurité, et d'attachement. Le fait d'avoir l'enfant au sein augmente également le sentiment d'attachement chez la mère. L'allaitement aidera l'enfant à guérir des difficultés qu'il a dû affronter.

La mère qui décide d'induire une lactation aura besoin d'un soutien adapté, y compris sur le plan émotionnel, et des informations indispensables pour ce faire. Elle devra savoir que cela demande de la motivation et du temps, et qu'elle n'aura pas forcément une production lactée abondante. Toutefois, la plupart des mères qui décident d'allaiter leur enfant adopté le font essentiellement pour le lien spécial qu'induit l'allaitement, et pour ses avantages émotionnels. Les professionnels de santé peuvent être d'une aide précieuse pour ces mères. Il serait très utile de mener des études sur l'allaitement des enfants adoptés afin d'en savoir davantage sur l'impact et la pratique de l'allaitement en pareil cas.

Références - Bibliographie

- *Academy of Breastfeeding Medicine. Protocole n°9. Utilisation des galactogènes pour l'induction ou l'augmentation de la sécrétion lactée. 30/07/2004. Sur le site de LLL France.*
- *American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Gartner LM et al. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005 ; 115(2) : 496-506.*
- *Auerbach KG, Avery JL. Induced lactation, a study of adoptive nursing by 240 women. Am J Dis Child 1981 ; 135 : 340-3.*
- *Barone JA. Domperidone : a peripherally acting dopamine2-receptor antagonist. Ann Pharmacotherapp 1999 ; 33 : 429-40.*
- *Biervliet FP et al. Induction of lactation in the intended mother of a surrogate pregnancy. Hum Reprod 2001 ; 16 : 581-3.*
- *Brown TER et al. Effect of parity on pituitary prolactin response to metoclopramide and domperidone : implications for the enhancement of lactation. J Soc Gynecol Investig 2000 ; 7 : 65-9.*
- *Bryant CA. Nursing the adopted infant. J Am Board Fam Med 2006 ; 19(4) : 374-9.*
- *Cheales-Siebenaler NJ. Induced lactation in an adoptive mother. J Hum Lact 1999 ; 15 : 41-3.*
- *da Silva OP et al. Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns : a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. CMAJ 2001 ; 164 : 17-21.*
- *Gabay MP. Galactogogues : medications that induce lactation. J Hum Lact 2002 ; 18 : 274-9.*
- *Gribble KD. Adoptive breastfeeding beyond infancy. Building milk supply in adoptive mothers. Leaven 2005 ; 40(5) : 99-104.*
- *Gribble KD. Mental health, attachment and breastfeeding : implications for adopted children and their mothers. Int Breastfeed J 2006 ; 1 : 5.*
- *Hormann E. Breastfeeding and adopted baby and relactation. LLLI, 2007.*
- *Kaupilla A et al. Metoclopramide and breast feeding : efficacy and anterior pituitary responses of the mother and the child. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1985 ; 19 : 19-22.*
- *Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding, a guide for the medical profession. 5th ed. St. Louis : Mosby ; 1999. p. 64-73.*
- *Ryba KA, Ryba AE. Induced lactation in nulliparous adoptive mothers. N Z Med J 1984 ; 97 : 822-3.*
- *Schnell A. Breastfeeding Rosa. New Beginnings 2007 ; 24(6) : 259-61.*
- *Thearle MJ, Weissenberger R. Induced lactation in adoptive mothers. AustNZJ Obstet Gynaecol 1984 ; 24 : 283-6.*
- *WHO/CHS/CAH/98.14. La relactation. Connaissances acquises et recommandations relatives à cette pratique http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CHS_CAH_98.14_fre.pdf*